

処理日		
常務理事	事務長	担当

健康保険 育児休業等終了時報酬月額変更届

保険証の記号	保険証の番号	所属事業所名(部室店名)・・・出向者の方は出向先(勤務先)

被保険者の氏名		被保険者の生年月日		
フリガナ (氏)	(名)	昭和 ・ 平成	年	月 日

養育する子の氏名		養育する子の生年月日			育児休業等を終了した年月日		
フリガナ (氏)	(名)	平成 ・ 令和	年	月 日	令和	年	月 日

報酬月額				支払基礎日数17日以上 の月の報酬月額の総計	改定年月	備考 〔 遡及支払額 昇(降)給差の月額 昇(降)給月〕
算定対象月の報酬 支払基礎日数	通貨によるものの額	現物によるものの額	合計			
月 日	円	円	円	円	年 月	円
月 日	円	円	円	平均額	修正平均額	円
月 日	円	円	円	円	円	年 月

従前の標準報酬月額	※決定後の標準報酬月額
千円	千円

◎被保険者記入欄(太枠内)

上記のとおり被保険者から申出がありましたので提出します。

令和 年 月 日提出

事業所住所

事業所名称

事業主氏名

健康保険法施行規則第38条の3の規定による申出をします。

北洋銀行健康保険組合 殿

令和 年 月 日提出

住所

(被
保
険
者
) 氏名

電話番号

◎ 所属が銀行の方は銀行人事部へ提出(保険証記号が2000番の方)
 関連事業所に勤務されている方は事業主へ提出

受付日付印